FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

1282

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Xavier-Pierre ROMEFORT

Né le 10 Novembre 1914, à NANTES (Loire-Inférieure)

Contribution à l'étude des hémiplégies à début brutal dans les tumeurs cérébrales

Président : M. Clovis VINCENT.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939 — N° ..... —

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Xavier-Pierre ROMEFORT

Né le 10 Novembre 1914, à NANTES (Loire-Inférieure)

Contribution à l'étude des hémiplégies à début brutal dans les tumeurs cérébrales

---

Président : M. Clovis VINCENT,

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

Doyen ..... TIFFENEAU

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER. CARNOT. Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la pr[illegible]	CLERC. LEREBOULLET
Clinique des maladies des en[illegible]	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE. CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET. GREGOIRE. LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU. LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD. HOVELACQUE MULON. OLIVIER. SANNIE. VERNE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et.	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique
FUNCK-FEY	Pathologie chirurgicale. Urologie.
GAILLARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (Mlle J.).	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD.....	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER..	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	Clinique médicale
AUBERTIN	Clinique médicale
BRULE	Clinique médicale
CHABROL.....	Clinique médicale
DONZELOT ...	Clinique médicale
DUVOIR	Clinique médicale
LIAN	Clinique médicale
PASTEUR-VALLERY-RADOT..	Clinique médicale
SEZARY	Clinique médicale

MM.	
BASSET	Clinique chirurgicale
BROCQ	Clinique chirurgicale
CADENAT	Clinique chirurgicale
GATELLIER ...	Clinique chirurgicale
MOURE	Clinique chirurgicale
QUENU	Clinique chirurgicale
VELTER	Clinique chirurgicale
ECALLE	Clinique obstétricale
METZGER	Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555821_0079

A MON PERE ET A MA MERE

A MES GRANDS-PARENTS

A MA SŒUR ET A MES FRERES

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur Clovis VINCENT

Professeur à la Faculté de Médecine

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui en exprimons notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur GIROIRE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur de l'Ecole de Médecine de Nantes
Médecin des Hôpitaux

Qui nous ont inspiré le sujet de cette thèse. Bien faible expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur CHARBONNEL

Médecin suppléant des Hôpitaux de Nantes

Qu'il me permette de lui exprimer ici ma profonde gratitude pour son enseignement neurologique.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUVIGNE
Directeur de l'Ecole de Médecine

MESSIEURS LES PROFESSEURS :

Robert BUREAU, ARONDEL, Yves BUREAU,
PICARD, SEBILLEAU, LEROUX,
Gabriel SOURDILLE, VERAN

MESSIEURS LES DOCTEURS :

VIEL, DUVERGER, BIANCHI (*in memoriam*)

INTRODUCTION

Dans le service de neurologie du Professeur Giroire, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, nous avons pu suivre un grand nombre de malades atteints de tumeur cérébrale, et constater l'extrême variété du tableau clinique qui peut révéler ou égarer parfois le diagnostic des néoformations intra-craniennes

Dans ce très vaste sujet, nous avons pensé qu'un point de vue de détail très précis, et susceptible d'applications cliniques pratiques, pouvait faire l'objet d'une thèse.

Parmi des malades à symptomatologie plus ou moins atypique, trois cas de tumeur cérébrale se sont manifestés par une hémiplégie à début brusque.

Il nous a paru intéressant, à propos de ces trois observations présentées par les Docteurs H. Giroire et A. Charbonnel devant la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux de Nantes (mai 1938) de rechercher les cas analogues publiés dans la littérature médicale, d'étudier les particularités séméiologiques permettant au neurologue de soupçonner le diagnostic étiologique, et de demander les examens spécialisés qui affirmeront l'existence de la néoplasie cérébrale et décideront de l'intervention neuro-chirurgicale curatrice.

Nous serons heureux de montrer que la seule clinique permet de soupçonner qu'une tumeur de l'encéphale est la cause véritable d'une hémiplégie d'apparition subite, qu'un examen trop superficiel attribuerait à un accident vasculaire.

HISTORIQUE

Les hémiplégies dans les tumeurs cérébrales sont bien connues.

Elles ont fait l'objet de nombreux travaux parmi lesquels nous citerons l'article de Ramond « Sur le diagnostic étiologique d'une hémiplégie à début progressif » (*Presse Médicale* 1934) l'étude très documentée de Chavany et Placa sur « l'hémiplégie dans les tumeurs cérébrales et spécialement dans les tumeurs des hémisphères (*Presse Médicale* 1937) et la thèse d'Ardeber inspirée par le Professeur Clovis Vincent (Paris 1934) « à propos de quelques cas d'hémiplégie dans les tumeurs cérébrales ».

Mais tous les auteurs insistent sur le caractère progressif de l'évolution des hémiplégies tumorales. Chavany (*loc. cit.*) note l'existence des « hémiplégies tumorales à début brusque, le plus souvent dues à des métastases, mais parfois à des tumeurs primitives ».

Globus et Strauss en 1926, Guillain, Egaz-Moniz, Barré en 1931, Alajouanine et Thurel, Wertheimer et Déchaume se sont attachés à la question du diagnostic entre la tumeur cérébrale et l'accident vasculaire, en présence d'une hémiplégie.

Les Docteurs Giroire et Charbonnel, dans la *Gazette des Hôpitaux de Nantes* (mai 1938), ont voulu atti-

rer l'attention du médecin sur la nécessité, dans certains cas d'hémiplégie à début brusque, de discuter l'hypothèse d'une tumeur cérébrale. Ils nous ont prouvé (observations 2 et 3) qu'un examen clinique soigneux du malade, complété par l'examen du fond d'œil et par l'étude des épreuves vestibulaires, pouvait suffire à orienter le diagnostic.

OBSERVATIONS

Observation 1
(Docteurs Giroire et Charbonnel)

L'un de nous est appelé en janvier dernier auprès d'une jeune femme, Mme B..., cultivatrice, âgée de 29 ans, et qu'on vient de transporter récemment à Nantes, chez sa sœur, peu au courant de son histoire.

Aussi cette dernière nous raconte-t-elle alors simplement que la malade étant à laver, a été subitement prise d'une attaque de paralysie à droite avec troubles de la parole et que, depuis lors, son état est à peu près stationnaire.

A l'examen on trouve effectivement une hémiplégie droite proportionnelle de type capsulaire, avec impotence motrice complète, paralysie faciale, centrale, hypotonie, contracture à la mobilisation passive, réflexes tendineux polycinétiques, clonus du pied et de la rotule, signe Babinski et abolition des réflexes cutanés.

On note d'autre part, une aphasie de Broca très prononcée et une atteinte de la sensibilité superposable à l'hémiplégie, mais qu'il est difficile de préciser davantage par suite des troubles du langage.

Par contre le côté gauche est absolument indemne,

il n'y a pas de contracture méningée et on ne remarque pas la moindre agitation.

On pense ainsi à un accident d'origine vasculaire, dont la cause intime n'apparaît d'ailleurs pas, car on ne découvre ni rétrécissement mitral, ni spécificité, ni infection, ni hypertension artérielle.

Aussi est-on très surpris de trouver à l'examen du fond d'œil une stase papillaire bilatérale fort importante.

Le mari, immédiatement convoqué, nous apprend alors qu'en réalité sa femme souffre depuis plusieurs mois de céphalées fronto-temporales gauches d'une acuité atroce, survenant par crises et s'accompagnant d'un état nauséeux. Au surplus, la percussion de cette région réveille une douleur très nette.

Le Docteur Eoche-Duval veut bien nous confirmer l'existence de la stase papillaire en ajoutant que la vision, comme le champ visuel, lui paraissent normaux, tandis qu'il n'existe pas de paralysie oculaire.

Rien de particulier aux différentes radios du crâne.

Hyperexcitabilité vestibulaire considérable et égale pour les deux côtés à l'épreuve de Kobrak avec nystagmus très anormalement dense et prolongé (plus de 3 minutes), grosses déviations segmentaires et réactions subjectives intenses.

Réaction de Bordet-Wassermann négative dans le sang.

Urée sanguine : 0 gr. 21.

Dans les urines, ni sucre, ni albumine.

Le diagnostic de tumeur s'imposant désormais, nous

nous abstenons de toute ponction lombaire et nous adressons la malade à l'hôpital de la Pitié, dans le service du Docteur Clovis VINCENT, où après ventriculographie confirmative on procède quelque temps après à l'opération.

On trouve alors une énorme néoplasie intra-hémisphérique gauche qu'on enlève en partie. La malade est incontestablement soulagée et deux mois plus tard, devant l'amélioration constatée, son entourage se prend à espérer un peu.

Mais il s'agit malheureusement d'une tumeur maligne, un glioblastome, qui ne va certainement pas tarder à récidiver.

OBSERVATION 2
(GIROIRE et CHARBONNEL)

M. M..., âgé de 55 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle 4, en février 1938, pour une hémiplégie gauche survenue brusquement il y a un mois environ.

A l'examen, on est en présence d'un sujet bradypsychique, à l'idéation très lente, manquant de toute initiative, dont la mémoire est vite défaillante et qui, par suite, reconstitue très mal son histoire. Toutefois, on est tout de suite frappé, en le découvrant, par l'aspect très spécial du côté gauche qui présente, typiquement, une contracture pallidale. Le pied est constamment en flexion dorsale et rotation interne avec saillie marquée du tendon du jambier antérieur et de tous les muscles en général. Rotule fixe. D'autre part,

la mobilisation passive met en évidence une hypertonie globale d'une intensité considérable. Notons enfin que les orteils sont parfois animés de mouvements brusques à type choréiforme et que tous les muscles de la cuisse sont sillonnés de secousses myocloniques, tandis qu'au membre supérieur on retrouve aussi, quoiqu'à un degré moindre, des mouvements choréiques des doigts ainsi qu'une hypertonie nette se manifestant surtout là par une tendance à la persévérance des attitudes.

Mais pour être le fait dominant, cette contracture ne constitue pas l'unique symptôme neurologique rencontré. Elle s'accompagne en effet du même côté de signes pyramidaux indubitables : parésie faciale gauche de type central, chute du bras et manœuvre de la jambe légère, réflexes tendineux un peu plus brusques, phénomène de Babinski.

La sensibilité ne paraît pas touchée et malgré le complexe pyramido-extra-pyramidal, les épreuves cérébelleuses sont correctement exécutées.

Toutefois, le côté droit est loin d'être complètement indemne, Une observation minutieuse permet, en effet, d'y trouver des symptômes d'hypertonie transitoire, quelques secousses choréiques des extrémités et même une petite manœuvre de la jambe.

Enfin pendant que dure l'examen, le malade est en proie à une agitation très particulière, faite de gestes brusques, de grattage ou de mouvements de tout le corps qui paraît vraiment incapable de trouver sa position.

Devant pareil état psychique chez un hémiplégique gauche, l'importance des signes extra-pyramidaux, la bilatéralité des troubles et l'agitation de ce malade, on soulève immédiatement, à son lit même, l'hypothèse d'une néoformation possible, que l'examen du fond d'œil ne tarde pas à confirmer, en montrant une stase papillaire bilatérale plus marquée à droite.

Vision de 6/10 des deux côtés.

Champ visuel normal.

Pas de paralysie oculaire.

Sa femme nous apprend alors que depuis deux mois, avant l'apparition brutale de ses troubles paralytiques, il souffrait de céphalées très vives survenant par crises, mais prédominant au niveau de la région occipitale.

D'autre part, huit jours après son hémiplégie, il aurait présenté une perte de connaissance avec chute, sans qu'on puisse savoir s'il y a eu alors des convulsions.

Des radios du crâne ne montrent rien de pathologique.

Grosse hyperexcitabilité vestibulaire égale et bilatérale à l'épreuve de Kobrak sans signes spontanés.

Réaction de B. W. : négative dans le sang.

Urée sanguine : 0 gr. 35.

Dans les urines : ni sucre, ni albumine.

T. A. : 13-8.

Bientôt les troubles augmentent sous nos yeux et l'hypertonie extra-pyramidale gagne peu à peu aussi le côté droit. C'est d'ailleurs en nous basant sur ce

point que, nous abstenant de toute ponction lombaire, nous portons le diagnostic de tumeur intra-hémisphérique droite profonde, intéressant surtout la région des noyaux gris centraux et probablement inopérable du fait de son siège, comme de sa marche rapide.

Or, l'évolution devait bientôt vérifier notre hypothèse, puisque nous avons pu faire l'autopsie de ce malade, mort environ un mois après son admission dans le service, et trouver dans la profondeur de l'hémisphère droit, exactement au siège présumé, la néoplasie que nous avions prévue.

Observation 3
(Giroire et Charbonnel)

Mme T..., âgée de 55 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle 4, au début de mars dernier pour une hémiplégie gauche, survenue brusquement, nous dit sa fille, un mois plus tôt, après cependant deux ou trois crises très brèves et dérobement de la jambe gauche auxquelles la malade, non plus que son entourage, n'avaient prêté attention. Le même témoin ajoute que, depuis l'accident initial, l'état ne s'est guère modifié et précise bien que, si la mémoire de sa mère a peut-être un peu baissé, elle n'a jamais présenté de céphalées ni de vomissements.

En fait, on s'aperçoit très vite à l'interrogatoire que le psychisme du sujet est assez touché. Elle ne s'intéresse à rien, reste des heures sans demander quoi que

ce soit, est d'une indifférence totale à l'égard de sa santé et commet des erreurs grossières lorsqu'elle répond aux questions posées.

L'examen neurologique met avant tout en évidence une hémiplégie gauche totale, de type capsulaire, avec paralysie faciale centrale, déficit moteur quasi complet, hypotonie, contracture à la mobilisation passive, réflexes tendineux polycinétiques, clonus du pied et de la rotule, phénomène de Babinski, abolition des réflexes cutanés.

Mais ce syndrome pyramidal ne résume pas toute la symptomatologie. On trouve, en effet, du côté droit :

— Des secousses choréiques des doigts.

— Des réflexes tendineux anormalement brusques.

— Et un léger déficit moteur aux manœuvres des bras tendus, du psoas, de Barré et de Mingazzini.

Notons, d'autre part, la même agitation que celle notée dans l'observation précédente et une incontinence sphinctérienne.

Pas de troubles sensitifs, ni cérébelleux, ni méningés.

Nerfs craniens indemnes.

Pour les mêmes raisons que précédemment : état psychique, singulier, bilatéralité des signes, agitation, on pense, là aussi, et malgré l'absence de céphalées, à la possibilité d'une tumeur.

Toutefois, l'examen oculaire est normal à tous points de vue et les radios du crâne ne montrent rien. Et l'exploration vestibulaire instrumentale met en évidence la même hyperexcitabilité bilatérale que celle

qu'il nous a déjà été donné de mentionner dans nos deux autres cas.

C'est alors que nous nous décidons à pratiquer très prudemment une ponction lombaire en position couchée et en retirant le liquide, goutte à goutte. Elle nous apporte la confirmation de notre diagnostic en révélant une hypertension (35 au Claude) avec dissociaton albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien (1 gr. 50 d'albumine pour 6 cellules).

— Réaction de B. W. négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

— Urée sanguine : 0 gr. 30.

— T. A. : 14-8.

— Dans les urines : ni sucre, ni albumine.

Cette malade ayant quitté la salle 4 peu de temps après son admission, nous ne savons pas ce qu'elle est devenue.

Observation 4

(Marchand et Dupouy. *Soc. Médico-Psychologique*, 20 avril 1939; *Résumé de la Presse Médicale*, 15 juillet 1939).

Tumeur cérébrale de volume considérable — état dépressif léger, syndrome neurologique terminal après ictus syncopal unique : Le sujet, âgé de 45 ans, présente de simples modifications du caractère et un léger état dépressif :

Le premier symptôme neurologique consiste en un ictus considéré comme artériopathique. Le malade continue son métier et peut parcourir plusieurs cen-

taines de kilomètres en conduisant lui-même son automobile. Apparition de signes d'aphasie sensorielle, de somnolence. Le diagnostic de tumeur cérébrale est confirmé par la constatation d'un œdème papillaire et par les modifications du liquide céphalo-rachidien. Mort, 18 jours après l'ictus initial. A l'autopsie : tumeur volumineuse du lobe temporal gauche revêtant histologiquement l'aspect tantôt d'un glioblastome, tantôt d'un astrocytome à petites cellules. »

LES HEMIPLEGIES DANS LES TUMEURS CEREBRALES

I. — TABLEAU CLINIQUE

Nous passerons rapidement sur la *forme classique, essentiellement progressive.* Le déficit moteur peut être le premier signe en date, mais souvent, il aura été précédé d'une ou plusieurs crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne généralisée, qui, d'ailleurs, auront pu être prises pour de petits ictus ou pour de l'épilepsie essentielle.

Le déficit moteur s'installe peu à peu; il ne s'agit pas, dans ces cas, d'une hémiplégie franche, proportionnelle; un seul membre est atteint; encore n'est-il pas frappé d'une impotence totale : « Le stade initial est monoparétique » (Chavany).

Un symptôme est très spécial à ces hémiplégies tumorales; c'est la phase prodromique d'hypotonie, qui apparaît avant que le malade ne s'aperçoive de troubles de la marche, ou de maladresse des mouvements; il peut se rendre compte, après un effort prolongé, de la fatigabilité plus grande du membre atteint; ou bien, à l'occasion d'un examen neurologique complet, le déficit moteur sera objectivé, aux membres inférieurs,

par les manœuvres du psoas et de Mingazzini, par la manœuvre de la jambe de Barré, ou par la flexion combinée de la cuisse et du tronc de Babinski; aux membres supérieurs par la chute et la pronation de la main, dans la manœuvre des bras tendus.

Ceci nous dispense d'insister davantage sur l'importance de la recherche des *formes frustes de l'hémiplégie dans les tumeurs cérébrales,* qui permet un dépistage précoce.

Cette parésie partielle, insidieuse, peu à peu *se complètera* (extension en tache d'huile) et aboutira à une hémiplégie totale, en même temps qu'apparaîtront d'autres troubles.

Le syndrome d'hypertension intra-cranienne, avec la céphalée, les nausées, les vomissements de type cérébral, la bradycardie, et même la stase papillaire, est très souvent tardif dans l'évolution de ces tumeurs cérébrales. Il peut exister des troubles sensitifs, du type cortical de Déjérine intéressant le sens stéréognostique, le sens de la position segmentaire des membres, la sensibilité fine, épicritique, alors que la sensibilité superficielle au tact et à la piqûre est conservée. An contraire, on observe dans le cas des tumeurs profondes de la couche optique, des troubles de la sensibilité à tous les modes.

Une aphasie sensorielle progressive, associée à l'hémiplégie droite, révèlera une tumeur de la zone de Wernicke.

II. — L'HEMIPLEGIE TUMORALE S'INSTALLANT DE FAÇON RAPIDE

Forme beaucoup moins connue, de diagnostic difficile, nous retiendra davantage. Moins fréquente de toute évidence que la forme précédente, elle est loin d'être exceptionnelle, puisqu'en l'espace de quelques mois, nous avons pu en observer trois cas. La difficulté de son diagnostic peut nous faire supposer à bon droit que certains cas, pris pour des accidents vasculaires, ont dû passer inaperçus.

Ardeber, dans sa thèse inspirée par le Professeur Clovis Vincent, étudie la forme pseudo-vasculaire des hémiplégies tumorales. En lisant attentivement ses observations 4 et 5, on s'aperçoit que le début n'est pas si soudain qu'il peut le paraître au premier abord. L'ictus a été précédé par une paralysie faciale transitoire, trois à quatre malaises accompagnés de perte de connaissance brusque, et une série de crises épileptiformes, suivies de subcoma (obs. 4). La seconde malade avait présenté, avant l'hémiplégie brutale étudiée, plusieurs crises Bravais-Jacksonniennes droites, et une hémiplégie droite totale et régressive.

Dans les cas typiques, le malade, jeune, en pleine santé apparente, semble frappé d'une attaque foudroyante d'apoplexie.

Ou bien, il s'agit d'un individu plus âgé, parfois hypertendu, qui souvent se plaignait de céphalée, ce qui ne l'empêchait pas de vaquer à ses occupations

habituelles. L'ictus survient soudain, et il est tout naturel de le rapporter à une perturbation vasculaire, d'autant plus que même en cas d'hémiplégie tumorale, il existe des lésions vasculaires ou tout au moins, selon les récentes théories de LERICHE, vérifiées au cours de nombreuses interventions, des troubles circulatoires fonctionnels, soit à l'intérieur de la tumeur, soit autour de celle-ci, à moins qu'il ne s'agisse d'œdème cérébral de voisinage.

Dans quelques cas, au contraire, comme l'ont montré JENTZER et DE MORSIER, puis RISER et PLANQUES, un ramollissement cérébral simule à s'y méprendre la tumeur cérébrale, si bien que l'intervention a pu être pratiquée.

Cette hémiplégie d'apparition soudaine pourrait aussi être causée par une complication grave des tumeurs cérébrales due au cône de pression temporal, et étudiée dès 1930 par le professeur Clovis VINCENT (*Voir Bibliographie*) :

La partie interne du lobe temporal s'engageant dans la fente de Bichat, forme pour ainsi dire une hernie cérébrale étranglée, qui vient comprimer le tronc cérébral. L'accident est causé par la dilatation ventriculaire, l'œdème cérébral, les troubles circulatoires, l'augmentation de volume de l'encéphale due à la tumeur. Une ponction lombaire intempestive est susceptible de le déclencher.

Quelle qu'en soit la pathogénie, ce cas entre bien dans le cadre de notre étude, puisqu'il s'agit en effet

d'une hémiplégie tumorale brutale, et l'intervention s'impose également.

Le tableau clinique de l'hémiplégie tumorale à début brusque ressemble « grosso modo » à celui d'une hémiplégie d'origine vasculaire. Nous allons voir sur quels signes le neurologiste et le médecin peuvent s'appuyer pour fonder le diagnostic étiologique de cette hémiplégie d'apparition brutale.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE D'UNE HEMIPLEGIE TUMORALE A DEBUT BRUSQUE

ANTECEDENTS

En présence d'une hémiplégie, un interrogatoire minutieux et bien conduit est d'une importance capitale pour le diagnostic d'une néoplasie cérébrale éventuelle.

Le malade, surtout dans le cas d'hémiplégie à début brutal, sera très rarement en état de fournir la moindre indication. Il faudra s'armer de patience, questionner l'entourage, essayer par un interrogatoire méthodique de lui faire préciser certains signes qui avaient pu lui échapper et qui sont d'une importance diagnostique capitale.

Le malade se plaignait-il de maux de tête ?

Avait-il parfois de petites crises nerveuses, des mouvements brusques involontaires, de petites absences fugitives, des défaillances de la mémoire

S'arrêtait-il, comme hébété, cherchant ses mots au beau milieu d'une phrase commencée ?

Etait-il devenu plus distrait, plus irritable, ou au contraire somnolent, indifférent à tout ?

Laissait-il s'échapper de petits objets de ses mains, devenait-il maladroit ?

Traînait-il une jambe à la fin d'une promenade ?

Manifestait-il une agitation inaccoutumée ?

Ainsi, on pourra retrouver dans les antécédents une céphalée continue ou paroxystique, un changement récent de caractère, une agitation très spéciale, ou ces crises comitiales, souvent Bravais-Jacksonniennes, prémonitoires de l'hémiplégie tumorale (Barré, Chavany).

SEMEIOLOGIE

Au cours de l'examen du malade, qu'il faudra suivre de près, revoir à plusieurs reprises, on recherchera des faits que l'on ne rencontre pas d'ordinaire dans une hémiplégie d'origine vasculaire :

D'une part, l'état psychique du malade et son agitation;

D'autre part, la bilatéralité des signes.

Nos deux malades (observations 2 et 3), porteurs d'une émiplégie gauche, présentaient, en effet, quoique droitiers, un état mental très particulier.

Apathiques, indifférents au monde extérieur, ils frappaient d'emblée par leur manque d'initiative, la lenteur de leur idéation, leurs défaillances de mémoire, leur incapacité totale de fixer leur attention au moindre interrogatoire un peu poussé. Il était difficile, grâce à une interpellation plus brusque, ou en les secouant, de les faire sortir de cette sorte de torpeur,

de cette « moria » des frontaux. Ces malades, malgré leur apathie, s'agitaient, se grattaient, se retournaient sans cesse dans leur lit. Si possible, on mettra auprès de ces malades, une infirmière expérimentée qui, dans tous les actes de la vie quotidienne, pourra analyser leur comportement et vous affirmera d'intuition : « C'est une tumeur » ou « ce n'en est pas une ».

De plus, l'examen approfondi de ces deux malades révélait que leur symptomatologie n'était pas strictement unilatérale.

M. M... présentait, du côté présumé sain, des phénomènes d'hypertonie transitoire, avec manœuvre de la jambe; et Mme T..., outre un léger déficit moteur et une exagération des réflexes tendineux, un tremblement choréique des doigts.

Ces signes extra-pyramidaux comme la contracture parkinsonnienne qui, chez M..., s'intriquait avec l'hémi-syndrome pyramidal gauche, et cette bilatéralisation des symptômes ne correspondent pas à une hémiplégie d'origine vasculaire dont la topographie très nette a été bien décrite par Foix et son Ecole.

La séméiologie pure peut mettre sur la voie du diagnostic de la tumeur cérébrale.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Il faudra encore rechercher l'hypertension artérielle; demander une réaction de B.-W. dans le sang, un examen ophtalmoscopique et un examen vestibulaire.

L'absence de stase papillaire (obs. 3) ne doit cependant pas faire écarter l'hypothèse de tumeur cérébrale.

De nouveaux examens du fond d'œil, pratiqués à quelques jours d'intervalle, pourront d'ailleurs déceler de petites altérations dans l'aspect des vaisseaux rétiniens : papilles hyperémiées avec veines dilatées et artères grêles, ou un léger flou des bords papillaires avec coude veineux à ce niveau, témoins d'un début de stase du à l'hypertension intra-cranienne.

D'autre part, il existe des ramollissements pseudotumoraux de l'encéphale qui s'accompagnent de stase papillaire (Riser et Planques).

Un examen vestibulaire instrumental a une grande valeur diagnostique s'il met en évidence une hyperexcitabilité labyrinthique marquée des deux côtés, en l'absence de troubles vestibulaires spontanés. Ce syndrome observé dans toutes les néoformations supratentorielles, ne se rencontrerait pas dans les ramollissements cérébraux.

Enfin des stéréo-radiographies du crâne, de face et de profil, montreront rarement dans les tumeurs cérébrales à début brusque des hypérostoses, un ostéome vrai ou une érosion. Parfois une évolution progressive mais absolument latente permettra d'observer la disjonction des sutures ou l'image des digitations dues à l'hypertension intra-cranienne. Dans d'autres cas, les vaisseaux néoformés dessinent des empreintes caractéristiques.

On s'abstiendra de faire une simple ponction lom-

baire, ou une encéphalographie par voie lombaire, méthode insuffisante et non sans danger. L'artériographie préconisée par Egaz Moniz n'est pas encore entrée dans la pratique courante.

Ainsi les divers examens ci-dessus, qui sont tous à la disposition du clinicien, lui permettront d'arriver au diagnostic d'hémiplégie tumorale.

Il devra encore porter un diagnostic d'intervention.

En cas de gomme syphilitique du cerveau, les résultats favorables du traitement spécifique ne se font pas attendre.

Pratiquement, le médecin, pour se prononcer au sujet de l'opérabilité de la tumeur, se contentera, par un examen clinique complet, d'éliminer une néoplasie métastatique, au-dessus des ressources de la chirurgie.

Certains auteurs conseillent de faire systématiquement une radiographie pulmonaire, insistant sur la fréquence d'un néoplasme pulmonaire latent dans les tumeurs du cerveau.

TRAITEMENT

L'intervention s'impose.

Mais un examen préalable est indispensable ; la *ventriculographie*, qui doit absolument être faite en milieu neuro-chirurgical, n'est que le premier temps de l'acte opératoire.

L'insufflation gazeuse directe des ventricules cérébraux, après une petite trépanation occipitale pratiquée sous anesthésie locale, permet d'obtenir par contraste une image qui schématise la situation, la forme, les dimensions des ventricules latéraux et leurs rapports avec les espaces sous-arachnoïdiens.

La constatation radiographique d'une corne diminuée de volume, déformée, aplatie, déplacée, ou amputée, la comparaison des clichés stéréoscopiques de face et de profil permettent le repérage de la néoplasie et le choix de la voie d'abord.

Le pronostic, assez sombre dans les hémiplégies tumorales à début brutal, dépend évidemment de la nature de la tumeur extirpée.

Les méningiomes, tumeurs extra-hémisphériques aisément énucléables non susceptibles de récidives, d'un très bon pronostic, seront rarement la cause d'une hémiplégie brutale.

On rencontrera plutôt des gliomes intra-cérébraux; parmi ceux-ci les astrocytomes fibreux et les oligodendrogliomes. que l'on extirpe difficilement, exposent à des récidives, d'ailleurs tardives, sur lesquelles on peut tenter avec succès une nouvelle intervention.

Au contraire, les astro-cytomes très cellulaires, et plus encore, les glioblastomes et les neuro-spongiomes, néoplasies très malignes, ne laisseront qu'une courte survie, même si leur ablation a été parfaite.

CONCLUSIONS

I. — Si les hémiplégies rencontrées dans les tumeurs cérébrales sont classiquement progressives, elles peuvent aussi s'installer brutalement par un ictus, comme les hémiplégies d'origine vasculaire.

II. — En présence d'une hémiplégie à début brusque, le diagnostic de tumeur cérébrale peut être soupçonné cliniquement.

1° Si l'interrogatoire révèle, au cours des semaines précédentes, de la céphalée, des crises comitiales surtout de type jacksonnien, des modifications du caractère.

2° Si, à l'examen clinique, on trouve des signes inhabituels dans un ramollissement :

a) Une agitation particulière ;

b) Des troubles psychiques importants, chez un droitier présentant une hémiplégie gauche, et persistant plusieurs jours après l'accident initial ;

c) Une symptomatologie neurologique non strictement unilatérale, ou non conforme à la topographie vasculaire.

III. — Le diagnostic sera confirmé par l'exploration du fond d'œil (bien que la stase papillaire soit in-

constante) et par la constatation d'une hyperexcitabilité vestibulaire.

La seule hypothèse de tumeur cérébrale exclut l'idée de faire une ponction lombaire, toujours dangereuse en ce cas.

IV. — L'examen clinique sera complété par une stéréoradiographie et surtout par la ventriculographie localisatrice, pratiquée dans un centre neuro-chirurgical, immédiatement avant l'intervention (qui, évidemment, ne serait pas tentée en cas de tumeur métastatique).

En raison des circonstances actuelles, qui nous ont laissé peu de temps pour réunir les documents nécessaires, et de la nouveauté relative du sujet traité, isolé du très vaste chapitre des tumeurs cérébrales, notre bibliographie sera courte.

Vu
Le Doyen :
TIFFENEAU.

Vu
Le président de la thèse :
Clovis VINCENT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

ARDEBER. — A propos de quelques cas d'hémiplégies dans les tumeurs cérébrales (*Thèse Paris*, 1934).

CHAVANY et PLACA. — L'hémiplégie dans les tumeurs cérébrales et spécialement dans les tumeurs des hémisphères (*Revue Médicale*, n° 30, 14 avril 1937).

GARCIN et HUGUENIN. — Le syndrome métastatique aigu et régressif des tumeurs du cerveau (*Revue Neurologique*, juillet 1939).

GIROIRE et CHARBONNEL. — En présence d'une hémiplégie à début brusque, l'hypothèse d'une tumeur cérébrale ne doit pas être systématiquement écartée (*Gazette Médicale de Nantes*, n° 5, mai 1938).

MARCHAND et DUPOUY. — Tumeur cérébrale de volume considérable. Etat dépressif léger. Syndrome neurologique terminal après ictus syncopal unique (*Société Médico-psychologique*, 20 avril 1939).

PAILLAS. — Les tumeurs cérébrales métastatiques (*Thèse Marseille*, 1933-1934).

RAMOND. — Diagnostic étiologique d'une hémiplégie à début progressif (*Presse Médicale*, n° 94, 24 novembre 1934).

RISER et PLANQUES. — Ramollissements pseudo-tumoraux (*Société Médicale Hôpitaux de Paris*, 26 février 1937).

TRÉMEL. — Encéphalites pseudo-tumorales (*Thèse Paris*, juin 1939).

Clovis VINCENT et BERDET. — Les méningites séreuses (encéphalites pseudo-tumorales) (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, 30 juin 1932).

Clovis VINCENT, F. THIÉBAUT et F. RAPPOPORT. — A propos du cône de pression temporal (*Revue Neurologique*, juillet 1930).

Clovis VINCENT, M. DAVID, F. THIÉBAUT. — Le cône de pression temporal dans les tumeurs des hémisphères cérébraux (*Revue Neurologique*, mars 1936).

Imprimerie spéciale de la Librairie Louis ARNETTE.